FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1964 1965

THÈSE

n° 147

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

René GIRERD

né le 30 janvier 1935 à Paris XIVè

—

Présentée et soutenue publiquement le : 18 mars 1964

—

RECHERCHES SUR LE CONSULTANT HOSPITALIER

—

Président : Mr. H. PEQUIGNOT, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1964

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

René GIRERD

né le 30 janvier 1935 à Paris XIVè

—

Présentée et soutenue publiquement le : 18 mars 1964

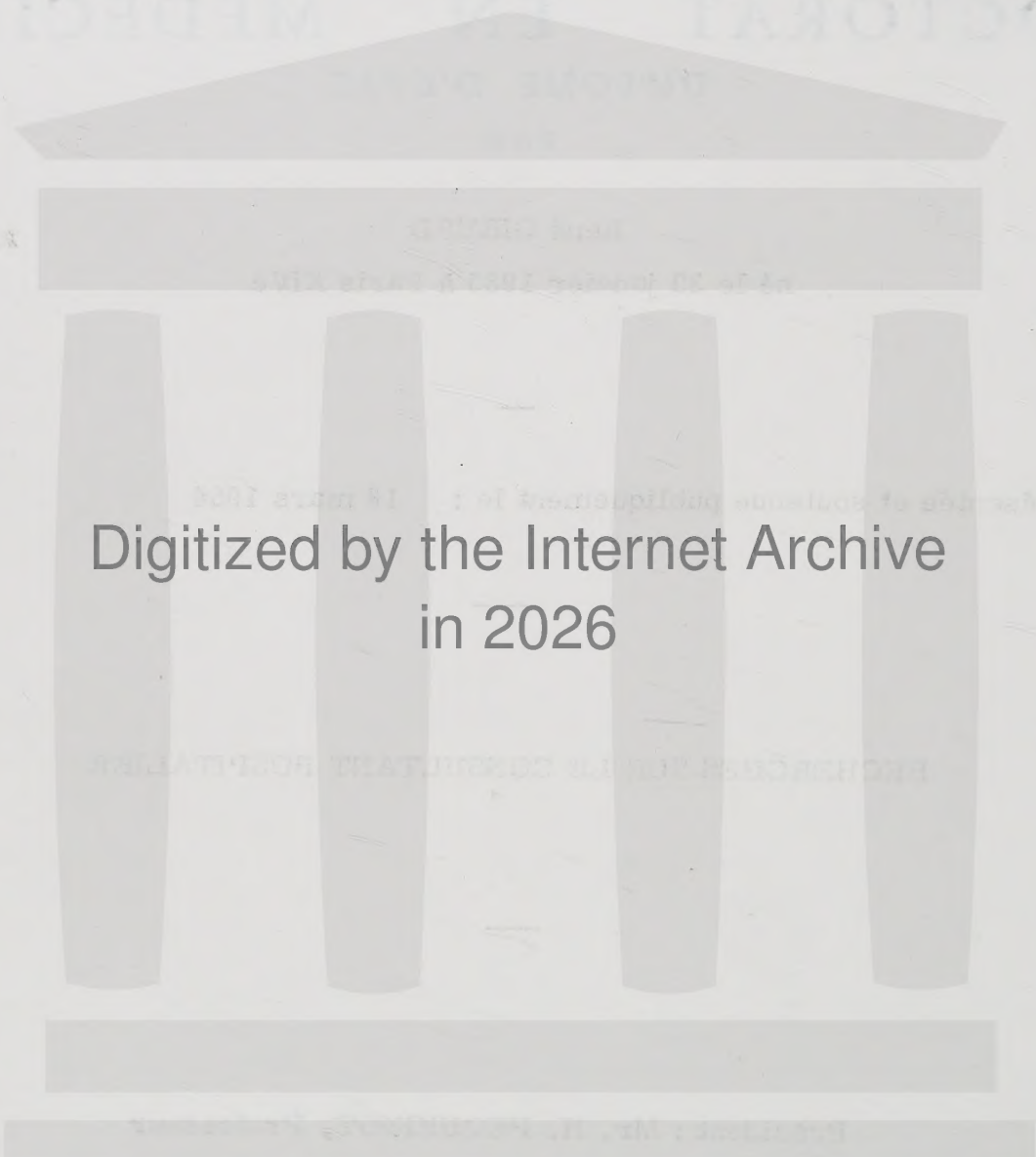
—

RECHERCHES SUR LE CONSULTANT HOSPITALIER

—

Président : Mr. H. PEQUIGNOT, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534912_0010

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bacteriologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	BLONDEAU (Ph.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DAUTRY (P.)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GALEY (J.-J.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
	GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de)
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MAILLARD (J.-N.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	PREMONT (M.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
	VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.)
	COTTENOT (Fr.)
	LŒPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.)
	AUQUIER (L.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BEAUMONT (J.-L.)
	BERNIER (J.-J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CANIVET (J.)
	CARLOTTI (J.)
	CATINAT (J.)
	CHRÉTIEN (J.)
	CLOAREC (M.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	DEBRAY (J.)
	ÉTIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	FUNCK-BRENTANO (J.-L.)
	GRIVAUX (M.)
	HAZARD (J.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAGRUE (G.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NENNA (A.)
	NICK (J.)
	POULET (J.)
	ROYER (P.)
	TCHERDAKOFF (Ph.)
	THIBAULT (Ph.)
	TOURNEUR (R.)
	VILLIAUMEY (J.)
	WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.)
	ALISON (J.)
	CANLORBE (P.)
	GORIN (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	LESTRADET (H.)
	MALLET (R.)
	MANDE (R.)
	MINKOWSKY (A.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	REY (J.)
	RIBIERRE (M.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.)
	DURAND (J.)
	GIRARD (Fr.) m. conf.
	HUGELIN (A.)
	LAURENT (D.)
	SCHERRER (J.) pr. s. ch.
	VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.)
	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.) m. conf.
	MILHAUD (G.)
	PAGÈS (J.-Cl.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch.
	TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.)
	ISRAEL (L.)
	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)
	SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.)
	DUCHE (D.)
	FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.)
	LEFEBVRE (J.)
	MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.)
	CERNEA (P.)
	CHAPUT (Mme A.) m. c. agr.
	CREPY (Cl.)
	FLEURY (R.)
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	FOUET (P.)
	LABET (R.)
	MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.)
	MOULONGUET (A.)
	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme,

Pour son courage et son humour.

A nos enfants.

A mes parents,

En témoignage de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

A mes beaux-parents et à Madame J. COLLEVILLE

En remerciement de leur confiance.

A toute ma famille

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux.

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En me confiant ce sujet il m'a permis de profiter du travail considérable qu'il a lui-même effectué.

Sa disponibilité constante, son enseignement ses conseils quotidiens m'ont laissé découvrir sa remarquable conception de la Médecine.

Qu'il veuille bien agréer l'expression de ma sincère admiration et de ma profonde gratitude.

A mes maîtres d'Externat,

Monsieur le Docteur A. MONSAINGEON

Monsieur le Professeur M. GAULTIER

Monsieur le Professeur H. PEQUIGNOT

Monsieur le Docteur P. GRENET

Au Docteur François de PAILLERETS

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Ses indications ont orienté ma médecine.
Son enseignement m'est précieux.

Qu'il accepte ce témoignage public de ma
reconnaissance et de ma profonde amitié.

I N T R O D U C T I O N

La thèse pour le Doctorat en Médecine est le plus souvent le résultat d'un travail sur un problème médical limité et précis.

Monsieur le Professeur Péquignot, au contraire, nous a proposé un sujet très vaste, en nous demandant de réfléchir sur l'objet et les limites de la médecine générale.

Il est bien évident qu'il ne s'agit pas de définir la médecine générale,mais d'envisager quelques uns de ses aspects dans un lieu donné, pendant un laps de temps déterminé.

L'omnipraticien choisit les malades qu'il veut suivre dans la mesure où ses compétences personnelles et les moyens pratiques d'investigation dont il dispose, lui permettent d'assurer le diagnostic et d'instituer un traitement. De plus, le consultant de médecine générale ou le spécialiste lui réadresse un certain nombre de malades,ne voulant pas les garder eux-mêms.

Réfléchissant sur cet état de fait, Monsieur le Professeur Péquignot, lors d'une conférence donnée à PAU en 1964, s'exprimait en ces termes :

"En partant de ce comportement des malades et des médecins de différents types et de différents échelons, il doit être possible de définir comme un comportement sociologique et scientifique la médecine gé-

rale en un lieu donné. Cette médecine générale comporte une partie définissable de chacune des grandes spécialités cliniques. C'est ainsi que nous avons essayé dans différents domaines et que nous essayons encore de délimiter "l'espace de diffusion" du généraliste ou des généralistes avec l'arrière pensée que de cette définition on pourrait déduire un programme raisonnable d'enseignement pour les futurs praticiens et internistes (et un programme d'équipement pour les services de médecine générale)".

C'est dans cette optique, qu'étaient pratiquées, dès 1952, une recherche sur le malade hospitalisé, en 1958 une étude sur le groupe socio-professionnel des consultants hospitaliers et que nous poursuivons actuellement, à Broussais, un travail de dépouillement de quatre mille dossiers environ,représentant les malades vus à la consultation de médecine générale pendant l'année 1964.

Nous nous sommes bornés, pour cette thèse, à étudier deux séries de malades en nous orientant beaucoup plus sur leur morbidité que sur leurs caractères socio-professionnels. La première série est étalée sur une période d'un mois et a fait l'objet d'un travail rétrospectif. La seconde,qui ne s'étend que sur trois semaines,a été envisagée sous un angle plus prospectif, c'est-à-dire que les dossiers des malades étaient relevés au fur et à mesure de leur passage.

D'autre part, le personnel médical et infirmier était,pour la deuxième série, rôdé depuis six mois aux méthodes du Chef de Service.

Nous n'avons pas d'autre visée en prenant ces deux groupes que de pratiquer un inventaire. Il n'est pas question ici de discuter leur représentativité effective. Les résultats obtenus sur les quatre mille dossiers auront, eux, une valeur statistique, dans la mesure d'ailleurs, où ils seront replacés dans leur cadre de lieu et de temps.

---

(1) "Techniques d'études de la fonction hospitalière" Préface de Monsieur le Professeur Agrégé Henri PEQUIGNOT. - Michel MAGDELEINE. - MASSON 1959.

(2) "Le consultant à l'hôpital ; essai comparatif entre hospitalisés et consultants" Professeur Agrégé Henri PEQUIGNOT, Jean ESTEVE, les Drs J.J. PRINCE & MAGDELEINE. Revue de l'Assistance Publique 1959 n° 57.

Deux séries de personnes ont donc été utilisées ; la première comprend 516 consultants qui sont venus du 22 janvier au 22 février 1964. La deuxième n'en comprend que 282 qui se sont présentés du 24 juin au 14 juillet 1964.

Il est à préciser que les urgences ont été volontairement exclues. En effet, les malades dont l'état nécessite le transport à l'hôpital en ambulance d'une part, la population dite sans domicile fixe, conduite par police secours d'autre part, ne font pas partie, en fait, de la clientèle d'un omnipraticien, et sortent du cadre de notre sujet.

La consultation de médecine de Broussais est actuellement organisée de la façon suivante :

Quatre externes voient les malades, ils peuvent se faire aider en cas de difficultés par un interne toujours à leur disposition, et par deux assistants qui assurent de plus, l'un la consultation de gastro-entérologie , l'autre une consultation de cardiologie et une consultation de diabètologie. Ces deux assistants sont très souvent aussi mis à contribution par les externes.

Le chef de service, Monsieur le Professeur Péquignot, non seulement examine certains malades en tant que consultant de médecine générale, mais surtout, fait fondamental pour notre sujet, prend soin de lire lui-même toutes les observations et c'est donc par lui que chaque constatation relevée dans le dossier est codifiée.

Cette unité dans la classification semble être indispensable. En effet, il est certain que les externes n'ont en commun que ce qui est retenu des "questions" du concours. Leur qualité médicale est, par contre, variable et dépend essentiellement de leur âge médical, lui-même déterminé par l'enseignement reçu à l'hôpital et par les connaissances qu'ils sont arrivés à arracher à leurs ainés dans les différents services où ils sont passés.

C'est ainsi que chaque externe n'a qu'une partie de ses observations sur lesquelles il est possible de mettre un diagnostic et que le

pourcentage de dossiers non codables est différent pour chaque externe. Il est donc nécessaire que ce soit la même personne, avec toujours les mêmes critères, qui annote ces dossiers, permettant ainsi d'éliminer une grande partie des causes d'erreur personnelles.

Un tableau des diagnostics a été établi. Cette simple liste ne prétend pas servir de modèle, elle a été créée de façon empirique, en utilisant l'éventail de constatations tirées de la première série de malades en particulier.

Chaque maladie porte un numéro qui est inscrit sur le dossier. De la sorte les noms des malades peuvent être groupés par rubrique pathologique.

L'idée générale qui guide ce codage est, avant tout, de ne pas introduire de faux renseignements dans ce fichier. Il n'est donc pas question d'espérer épuiser ce que l'on sait sur chaque malade et encore moins de tenter de faire entrer chaque dossier dans au moins une des catégories du tableau, il s'agit simplement d'effectuer un relevé des faits objectifs. Par exemple, une observation recevra le numéro correspondant à "colique néphrétique" parce que le tableau clinique est typique, mais ne recevra l'annotation "lithiase rénale" que si l'urographie montre une image de calcul. De même, dans certains cas ne seront relevés que des antécédents comme "hysterectomie" ou "gastrectomie", les motifs de consultation n'ayant pas de caractère codable.

Ces antécédents chirurgicaux, ainsi d'ailleurs que les antécédents tuberculeux ou cancéreux, sont relevés assez systématiquement car les malades les racontent spontanément, et qu'il est toujours assez aisé d'avoir les dossiers hospitaliers correspondants.

Néanmoins, aucun effort de dépistage systématique n'a été fait, à l'exception de la recherche du sucre et de l'albumine dans les urines ; tous les malades ont, en principe, subi cet examen avant d'être vus par un médecin. De même, ils sont pesés et mesurés systématiquement.

Le tableau est divisé en chapitres qui correspondent à peu près aux spécialités, et chaque chapitre est subdivisé en rubriques. Cependant, l'hématologie, l'endocrinologie et la dermatologie n'ont pas reçu de sous-groupes, la faible fréquence des cas qui en dépendent permettent en effet d'inscrire les diagnostics en clair. De même, en cas d'atteinte cancéreuse ou tuberculeuse non pulmonaire, l'organe atteint est précisé sur le dossier.

Les constatations relevées dépendent du classement suivant :

I) Tuberculose

Pulmonaire active
ancienne

Extra pulmonaire active
ancienne

II) Cancer

Actuel

Antérieur

Dans ces deux rubriques, l'organe est précisé et la nature cancéreuse n'est affirmée qu'avec des preuves histologiques.

III) Maladies Infectieuses

Définies : ex. Zona, Scarlatine...

Non définies

Syphilis sérologique

Ecoulements urétraux

Parasitoses.

IV) Hématologie :

Maladies définies : ex. leucose myéloïde.

Non définies.

IV bis) Adénopathie

V) Pneumologie

Aiguë

Chronique

Asthme

Divers, un diagnostic exact est posé là aussi.

VI) Cardiologie :

Congénital

Valvulaire

Coronarien, ne sont introduits dans cette catégorie que les consultants dont l'E.C.G. est perturbé.

Troubles du rythme sans étiologie.

Insuffisance cardiaque sans étiologie.

Divers.

VI bis) Cardio-Vasculaire :

HYPERTENSION ARTERIELLE : Sont en fait classés ici les malades dont la tension maxima est à 18 centimètres de mercure ou au-dessus. De plus, ont été systématiquement éliminés tous ceux dont la tension n'avait, qu'une seule fois, été trouvée trop élevée.

Artérite

Atteinte veineuse, c'est-à-dire varices, phlébite, séquelles de phlébite.

Divers.

VII) Digestif :

Oesophage

Hernie hiatale

Ulcère gastro-duodénal.

Gastrite

Estomac opéré

Troubles fonctionnels gastriques

Diarrhée

Constipation

Douleurs abdominales

Hernies

Appendicectomie

Divers

Diverticulose

Proctologie

VIII) Foie

Ictère
Foie alcoolique
Hépatomégalie non définie
Pancréas
Lithiase biliaire
Cholécystectomie
Autres biliaires

IX) Neurologie

Syndrome neurologique défini
Maladie neurologique définie
Trauma crânien
Epilepsie
Céphalées

X) Endocrinologie

XI) Reins

Infection urinaire
Colique néphrétique
Insuffisance rénale
Albuminurie
Lithiases rénales démontrées
Prostate
Divers

XII) Os et Rhumatologie

Rhumatisme articulaire aigu
Arthrose de hanche
Arthrose du genou
Lumbagos
Arthrose Cervicale
Sciatique

Rhumatisme inflammatoire

Periarthrite Scapulo-humérale

Dupuytren

Paget

Décalcifications diffuses

Arthroses

Divers

XIII)

Grossesse

Ménopause

Gynécologie

Hystérectomie

XIV) Psychiatrie

Neurotonique

Ethylique

Psychiatrie définie

Syncope et Lipothymie

Spasmophilie et Tétanie

Sénilité

Syndrome dépressif

XV)

Diabète

Obésité : Cette rubrique mérite une mention spéciale, en effet les obèses ont été dépistés, par la pesée et la mensuration systématiques effectuées à l'arrivée à la consultation ; il est bien évident qu'il ne s'agit pas de personnes venues consulter pour leur obésité.

Goutte

Allergie de type alimentaire

Affections métaboliques définies

Amaigrissement.

XVI) Dermatologie

Allergie

Affections Dermatologiques Définies

Divers

XVII)

Amibiase

Parasitoses digestives

Autres parasitoses définies

XVIII)

Accidents thérapeutiques

Autres intoxications

XIX) Thérapeutique

Anticoagulants

Corticoïdes

Divers

A cette classification purement médicale, a été rajoutée la série de caractéristiques suivantes :

Les personnes de plus de 65 ans

Les Nord-Africains

Les Africains Noirs

Les Antillais

Les Européens non Français

Les autres allogènes

Enfin, les dossiers suivis à la consultation de Broussais depuis plus de dix ans ont tous été relevés.

Pour donner les résultats en pourcentage, des différentes catégories de maladies constatées, il importe de définir sur quel total va porter le calcul. Faut-il considérer tous les malades vus, ou seulement ceux dont le dossier a reçu un codage ; par exemple, dans la série de Juin, 282 personnes sont venues consulter, or 247 dossiers seulement ont pu être placés dans une des rubriques décrites ci-dessus, et 35 ne sont pas codifiables. Pour commencer nous trouvons 9 visites systématiques du type "visite prénuptiale", il reste donc 26 consultants soit 9,5 % de notre population dont le cas est discutable.

S'agit-il de"fonctionnels"? ce n'est pas apparent à la lecture des dossiers, très rapidement on reconnait la ou les mêmes écritures qui reviennent sur les dossiers non codés. Le manque de compétence médicale des externes qui voient les malades intervient donc sûrement.

Entre en jeu aussi la manière de présenter aux malades la nécessité de faire pratiquer des examens complémentaires. Il n'est pas rare de trouver des observations où il ne manque qu'une radiographie ou un électrocardiogramme pour pouvoir affirmer le diagnostic, mais le jour où le médecin a demandé l'examen est le dernier jour de consultation et le malade n'est pas revenu. De plus, il est souvent difficile de convaincre les personnes âgées de se faire opérer et la seule vue d'un colon suspect à la radiographie ne permet pas de faire le diagnostic qui aurait été affirmé par une intervention et l'analyse anatomopathologique de la pièce.

Restent enfin tous ceux dont les signes prémonitoires sont très bâtards, n'inquiètent pas le médecin et dont la maladie ne sera apparente que 5 ou 10 ans plus tard.

Il est évident cependant qu'un certain nombre de consultants ne sont que des "fonctionnels"; mais ce qui nous a frappés, c'est la faible proportion de ces "fonctionnels" lorsqu'il faut les dénombrer. Il est fréquent d'entendre parler de 25 % de "fonctionnels" pour une clientèle de médecine générale. En fait, il apparaît que le chiffre exact ne dépasse pas 5 à 8 %.

Il reste nécessaire de bien définir ce terme de"fonctionnel"; en pratique, nous avons retenu ici tous les sujets dont les troubles ne sont pas classables dans une des rubriques du code. En particulier, les "neurotoniques" ne sont pas compris dans ce groupe. Nous en reparlons en les définissant.

Avant de commencer la description même de cette clientèle de médecine générale, il nous a paru intéressant de relever les rubriques du tableau qui n'ont été utilisées ni en janvier ni en juin, malgré un total de 516 + 282 = 798 personnes.

C'est ainsi que nous n'avons trouvé aucune tuberculose extra-pulmonaire. Les "divers" des chapitres pneumologie et digestif n'ont pas servi non plus. Dans le chapitre, Foie et Voies biliaires, les diagnostics correspondant à Hépatomégalie non définie et Atteinte Pancréatique n'ont pas été faits. Pour cette dernière atteinte, il faut rappeler que les urgences n'arrivent pas jusqu'à la consultation. De même, aucun diagnostic de Rhumatisme Articulaire Aigu, d'Insuffisance Rénale ou de Sénilité n'a été porté .

Pour terminer cette description en négatif, notons que pas un seul accident dû à des médicaments n'a été observé : qu'il s'agisse des corticoïdes, des anticoagulants ou de toute autre thérapeutique.

Faut-il en conclure que ces accidents ont un caractère d'urgence ou de gravité telle qu'ils sont drainés par le service des urgences ? Ou bien que seuls les malades hospitalisés reçoivent des doses suffisantes pour qu'elles soient toxiques ? Le fait est là: sur huit cents consultants au total, pas un seul n'est venu pour un ennui de ce type.

Ce fait est rassurant pour le jeune médecin sur le point de s'installer. En effet, les fameux cours sur "les accidents des corticoïdes" ou "conduite à tenir devant une hémorragie chez un malade traité par les anticoagulants" appris et récités si souvent à la faculté ou à l'hôpital lui avaient ôté toute envie d'utiliser ces armes thérapeutiques.

Nous pouvons maintenant, semble-t-il, commencer cette description d'une clientèle de médecine générale, en gardant présent à la mémoire que nous n'avons pas l'ambition de décrire la clientèle type, mais bien celle de Broussais et encore pendant des laps de temps bien délimités.

En effet, il s'agit de BROUSSAIS et non pas d'un autre hôpital avec ce que cela comporte sur le plan local : les consultants habitent pour la plus grande majorité dans le 14e essentiellement, mais aussi dans le 13e et le 15e arrondissements ; pour la banlieue, il s'agit surtout de Boulogne, Vanves, Malakoff et Montrouge. Or ces arrondissements et ces banlieues n'ont absolument pas les mêmes groupes ethnologiques que les arrondissements et les communes desservies par TENON ou par BICHAT par exemple.

D'autre part, chaque hôpital a une certaine réputation, et si lorsqu'on parle de la SALPETRIERE on pense à la neurologie, il est certain qu'actuellement, BROUSSAIS est connu dans le public pour avoir une compétence certaine en cardiologie.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'une clientèle de médecine générale comporte une part importante de pédiatrie. Il est bien évident que pas un seul enfant ne s'est présenté à la consultation. Disparait ainsi tout un énorme chapitre de la pathologie dont un omnipraticien doit pourtant, non seulement connaître les rudiments, mais aussi avoir déjà une certaine expérience, s'il ne veut pas faire prendre à ces futurs patients, des risques vitaux.

La répartition par âge et par sexe dans les deux séries est la suivante :

	SERIE A.				SERIE B.			
	HOMMES	FEMMES	TOTAL	%	HOMMES	FEMMES	TOTAL	%
+ de 65 ans	85	59	144	27 %	26	65	91	32 %
Pourcentage	16,5 %	11,5 %			9,2 %	23 %		
- de 65 ans	151	221	372	73 %	105	86	191	68 %
Pourcentage	29 %	43 %			37,2 %	32,2 %		
TOTAL	236	280			131	151		
Pourcentage	45 %	55 %			46 %	54 %		

Devant ce tableau, quelques remarques s'imposent : On constate tout d'abord que la répartition par sexe est identique dans les deux séries, avec l'habituelle prédominance féminine à 55 % dans un cas et 54 % dans l'autre.

Mais les similitudes s'arrêtent là ; en effet la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est plus importante dans la série B : 32 % pour 27 % et surtout, cette différence est faite par un important pourcentage de femmes, 23 % au lieu de 11,5 %, soit juste le double. Tous les autres chiffres dépendent de ceux là.

Devant ces différences, nous avons recherché l'âge moyen des femmes dans les deux séries et nous avons pu constater que si la majorité des femmes venues en janvier avaient entre 65 et 75 ans, cette majorité se trouvait en juin et juillet entre 75 et 85 ans.

Il semble donc qu'il faille admettre, pour comprendre cette opposition, que les femmes très âgées ne peuvent ou ne veulent pas quitter PARIS pendant les mois d'été. Cette notion de départ en vacances explique aussi l'augmentation des personnes âgées dans la série estivale.

Parmi les consultants, nous avons pu relever toutes les personnes originaires d'un pays autre que la Métropole.

On aboutit à un total de :

48 pour la Série A., soit 9,3 %
et de 35 pour la Série B., soit 12,4 %

Le détail se répartit ainsi :

	SERIE A.	SERIE B.
Nord-Africains	28 = 5 %	9 = 3,2 %
Africains Noirs	5	0
Antillais	4	8
Européens	11 = 2 %	17 = 6 %
Autres allogènes	0	1

La différence de proportions n'est probablement pas significative, les chiffres étant trop faibles ; cependant, il est peut-être possible de faire intervenir le départ des Parisiens hors de leur ville pendant l'été, alors que les groupes ethniques envisagés, ne pouvant regagner leur pays d'origine, restent à Paris pendant leur congé annuel.

Nous abordons maintenant la description médicale proprement dite, en envisageant chaque chapitre l'un après l'autre. Sachant qu'il est rébarbatif de lire des colonnes de chiffres, nous avons placé les commentaires après chaque paragraphe pour tenter d'intéresser le lecteur à ces résultats qui sont présentés de la manière suivante :

La série de Janvier ou série A., qui sert de référence, est inscrite en premier, mais nous n'en donnerons que le total et le pourcentage par chapitre. Puis, seront indiqués les résultats de la série de juin ou série B., avec, successivement le pourcentage, le total. Les éléments ayant permis de calculer ce total seront développés à la suite et nous donnerons pour chaque rubrique la répartition par sexe et par âge, de part et d'autre de la barrière fixée à 65 ans.

TUBERCULOSE

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Active					I	I	0	I
Ancienne					2	5	I	2
TOTAL	12	2,5	4,5	13	3	6	I	3

Les atteintes tuberculeuses observées ont été séparées en "Actives" qui sont les formes diagnostiquées à la consultation même ou encore sous traitement et qui sont opposées aux Tuberculoses "Anciennes" dont on a une preuve tangible mais qui sont stabilisées.

CANCER

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Actuel					0	I	0	I
Ancien					0	0	0	3
TOTAL	8	1,5	2	5	0	I	0	4

Ont été appelées "Anciennes", des atteintes cancéreuses dont la preuve histologique est certaine. Mais le diagnostic n'a pas été fait lors de la consultation dont les motifs ne paraissent pas en rapport avec cet antécédent pathologique important. De plus, il a fallu, pour parler de "cancer ancien", que l'évolutivité de la lésion paraisse éteinte sur le plan local comme sur le plan général.

INFECTIEUX

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Maladies infectieuses définies					0	3	I	0
Syphilis Sérologique					0	I	0	I
TOTAL	12	2,5	2	6	0	4	I	I

Aucun effort n'a été fait pour dépister systématiquement les Syphilis sérologiques. La réaction de Bordet-Wasserman n'a été demandée qu'en cas de suspicion clinique ou lors des visites prénuptiales.

HEMATOLOGIE

	SERIE A		SERIE B					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Maladies définies	2	0,4	1,5	4	0	2	I	I

PNEUMOLOGIE

Affections Aiguës					0	I	0	I
Affections Chroniques					2	I	I	I
Asthme démontré					0	I	I	I
TOTAL	18	3,5	3,5	10	2	3	2	3

CARDIOLOGIE

Atteintes Valvulaires					0	2	0	I
Atteintes Coronariennes	15	3	6,5	15	5	5	5	3
Troubles du rythme sans étiologie					0	I	0	0
Insuffisance cardiaque sans étiologie					I	3	2	I
Hypertension artérielle	53	10,5	18	51	3	6	35	7
Artérite					3	I	I	4
Troubles de la circulation veineuse	24	4,8	5	14	0	2	5	7
TOTAL	108	24	36	103	12	20	48	23

Ce chapitre est de loin le plus important de cette clientèle sur le plan quantitatif : c'est-à-dire qu'il représente pour la série A, 108 personnes, soit 24 % et, pour la série B, 103 personnes, soit 36 % de la population envisagée.

La différence entre ces deux pourcentages tient probablement à l'existence d'une consultation de cardiologie à l'intérieur de cette consultation de médecine générale.

Une telle notion se sait vite dans un quartier. Par ailleurs, il convient de rappeler la réputation cardiologique de Broussais ; or, comme il est difficile de pénétrer dans les consultations spécialisées, c'est la consultation de médecine qui draine et garde les malades refoulés par ces dernières.

Cependant, l'augmentation du pourcentage de CORONARIENS tient semble-t-il surtout, à l'éducation progressive des externes qui demandent de plus en plus d'électro-cardiogrammes au fur et à mesure qu'ils savent les lire. Or, Monsieur le Professeur Péquignot s'est astreint à n'appeler coronariens que ceux dont les signes électriques étaient probants.

Il n'en reste pas moins que cet examen qui devrait devenir banal pour tous les omnipraticiens est encore très peu demandé : pour 103 malades du ressort de la cardiologie uniquement, 30 électro-cardiogrammes seulement ont été demandés. On ne peut même pas dire que c'est un examen cher, lorsque l'on sait que son prix est moins élevé que celui d'une radiographie pulmonaire de face et de profil. Il est curieux de noter le nombre considérable de formules sanguines, de vitesses de sédimentation qui sont demandées pour les motifs les plus divers et de voir des artéritiques avec une claudication intermittente typique qui n'ont pas d'électro-cardiogramme.

Sur ces 30 malades, pour qui cet examen a été demandé, 15 se sont révélés être des Coronariens porteurs de signes électriques, ce qui représente 6,5 % de la clientèle.

Les hypertendus dénombrés représentent une importante part de la clientèle. Ce phénomène est général. Ont été classés dans cette rubrique, tous les sujets dont la tension artérielle maxima est supérieure à 18 centimètres de mercure à condition que ce chiffre soit vérifié plusieurs fois de suite.

Pour la série A, nous avons trouvé 53 hypertendus, soit 10,5 % de la population et pour la série B, 51 hypertendus, soit 18 %.

Sur ce total, ce qui est frappant, c'est la très grande majorité de femmes âgées qui représentent à elles seules 70 % des hypertendus. Tandis que les hommes du même âge ne représentent que 0,6 %. Il faut ajouter que sur 35 femmes âgées et hypertendues, 13 sont obèses.

A propos de l'obésité, nous avons pu constater que 29 % des sujets classés dans le chapitre cardiovasculaire sont des obèses, alors que, nous le verrons, les obèses ne représentent que 19 % de la clientèle dans la série B.

De même, nous avons pu constater que sur 15 coronariens, il y avait 6 obèses et sur 15 sujets dépendant du phlébologue, il y avait 5 obèses.

DIGESTIF

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+de 65	-de 65	+de 65	-de 65
Hernie hiatale					0	0	I	I
Ulcère gastro-duodénal					2	9	2	0
Gastrite					0	I	0	0
Estomac opéré					I	5	0	0
Troubles fonctionnels gastriques					0	4	2	3
Diarrhée					0	4	I	0
Constipation					0	0	0	3
Douleurs abdominales					0	I	0	2
Hernies					I	I	2	0
Diverticulose					0	I	0	2
Proctologie					0	4	3	I
TOTAL	35	7	20	57	4	30	II	I2

Les résultats globaux obtenus ici sont donc les suivants :

- pour la série A, 35 diagnostics de pathologie digestive et
- pour la série B, 57 ;

Ce qui représente respectivement, 7 % et 20 %. La différence est considérable et difficilement explicable par un facteur saisonnier.

Il semble en fait que ce soit la présence de la consultation de gastro-entérologie qui soit responsable de cette augmentation.

En effet, cette consultation venait seulement d'ouvrir en Janvier à Broussais et son développement explique cette augmentation. C'est ainsi que pour deux diagnostics d'ulcus, dans la Série A, on en trouve 13 dans la série B et en relisant les dossiers, on constate que les diagnostics ont souvent été faits par un autre médecin et que les malades sont adressés au spécialiste pour confirmer ce diagnostic et instituer le traitement. De même, les fissures anales et les poussées hémorroïdaires sont au nombre de 5 pour la série A, et de 8 pour la série B. Là aussi, c'est pour le traitement qu'il est fait appel au spécialiste : en effet, il n'est pas courant que l'omnipraticien fasse lui-même les scléroses d'hémorroïdes. Il est rare qu'il ait eu l'occasion d'apprendre à faire cet acte qui demande de plus une instrumentation spécialisée.

FOIE ET VOIES BILIAIRES

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Cirrhose					I	3	0	2
Lithiase biliaire					0	0	I	I
Cholecystectomie					0	0	2	4
TOTAL	18	3,5	5	14	I	3	3	7

Cette pathologie représente donc 3,5 % de la série A et 5 % de la série B.

Nous retrouvons la classique prédominance des cirrhoses avec six cas sur les quatorze de ce chapitre.

Ce diagnostic est difficile à affirmer dans le cadre d'une médecine de consultation. Si, à l'hôpital, il est aisé au pied du lit d'un malade de s'entourer de toute la série d'examens complémentaires, depuis le "complet hépatique" jusqu'à la laparoscopie, en passant par l'électrophorèse des protéines et la ponction biopsie du foie, en consultation, il va falloir faire faire une partie de la dépense au malade. On utilise deux méthodes, ou bien on prévient le malade que les examens sont onéreux et on tente de le convaincre de leur efficacité, mais souvent l'intéressé explique qu'il les fera pratiquer plus tard et il est rare de connaître les résultats, ou bien on ne prévient pas le malade et lorsqu'il constate le prix, il refuse de faire une telle dépense et n'ose plus revenir voir le médecin.

Or, ce diagnostic ne s'affirme cliniquement que rarement, et les nombreux éthyliques porteurs d'une hépatomégalie ne sont pas tous atteints de cirrhose.

Il apparaît là aussi, qu'il ne faut pas introduire de faux documents dans le fichier et donc éviter les diagnostics de facilité.

Dans ce chapitre, nous n'avons relevé aucun cas d'ictère dans la série B et trois seulement ont été observés dans la série A.

Quant aux lithiases biliaires et aux cholécystectomies, les deux séries confirment la classique prédominance féminine.

NEUROLOGIE

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES + de 65	HOMMES - de 65	FEMMES + de 65	FEMMES - de 65
Syndrôme neurologique défini					I	0	I	3
Trauma crânien					I	0	0	0
Epilepsie					I	3	0	I
TOTAL	20	4	4	11	3	3	I	4

Ce qui, ici, a été appelé syndrome neurologique défini, représente, quasi exclusivement, d'une part des hémiplégies, d'autre part, des maladies de Parkinson.

Comme on le voit, sur le tableau, le pourcentage est identique pour les deux séries et représente 4 % du total de la clientèle.

ENDOCRINOLOGIE

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES + de 65	HOMMES - de 65	FEMMES + de 65	FEMMES - de 65
TOTAL	2	0,4	1,7	4	0	I	0	3

Cette pathologie n'est pas fréquemment rencontrée ; et il est bien certain que les séries envisagées ne sont pas assez importantes pour être significatives.

Il faut d'ailleurs noter que n'ont été mis à jour que des troubles thyroïdiens et tous sont des myxoedèmes, à l'exception d'un cas d'hyperthyroïdie sur les deux séries.

VOIES URINAIRES

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Infection urinaire					0	I	0	0
Colique néphrétique					0	I	0	0
Albuminurie					0	I	0	I
Lithiase Rénale					0	0	0	I
Divers					0	0	0	2
Atteinte Prostatique					0	I		
TOTAL	12	2,5	2,5	8	0	4	0	4

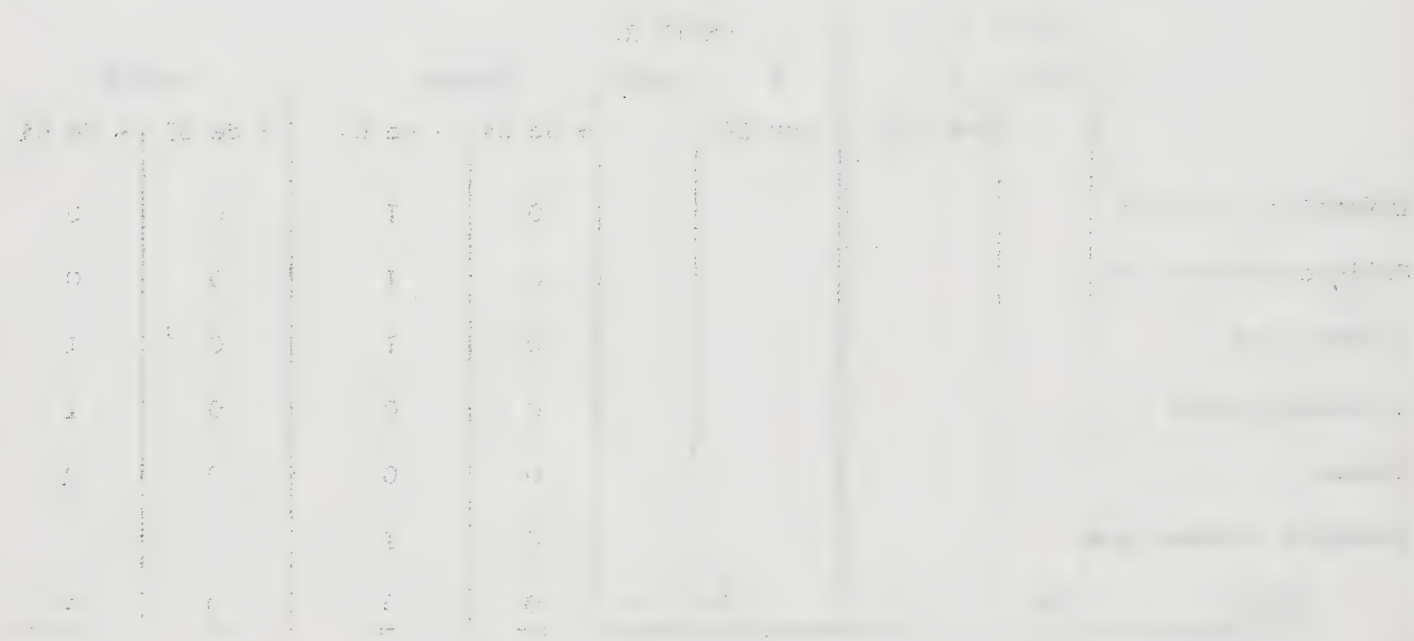
Voici donc les résultats pour cette pathologie : 2,5 % dans les deux cas.

Mais bien des remarques sont à faire.

D'abord, sur le plan géographique ; en effet, il existe à l'hôpital Saint-Joseph, situé à quelques pas de Broussais, un excellent service d'urologie, où, il apparaît qu'une consultation hospitalière a ou n'a pas bonne réputation, et que sa clientèle, qui est faite essentiellement par sa circonscription, connaît cette réputation. C'est pourquoi il semble normal que Broussais n'ait pas davantage de cas d'urologie. Les habitants des arrondissements ou des banlieues de sa circonscription administrative, vont à Saint-Joseph d'eux-mêmes ou envoyés par leurs médecins.

Ensuite, il nous faut envisager la question de l'albuminurie.

Monsieur Péquignot n'a voulu placer dans cette rubrique que les sujets chez lesquels a pu être fait un dosage pondéral d'albumine dans les urines des 24 heures.



C'est ainsi qu'on ne trouve que deux albuminuriques dans chaque série.

On pourrait donc en conclure que la recherche d'albumine faite systématiquement chez tous les consultants est un examen dont la rentabilité est vraiment insuffisante pour mériter d'être poursuivi.

Mais en fait, d'une part, il ne faut pas oublier que nos séries sont insuffisantes pour être tout à fait significatives sur le plan statistique, d'autre part, savoir, en examinant un malade, qu'il n'a pas d'albuminurie est un élément négatif de grande valeur pour le médecin.

En reprenant les dossiers de la série B, nous avons pu constater que 18 consultants sur 282 avaient de l'albumine dans leurs urines. Or, deux seulement ont été codés "albuminurique" ; mais huit ont été hospitalisés le jour même et la suite de leur histoire nous est inconnue ; enfin, les huit derniers n'ont que des traces toujours indosables.

Dans ce chapitre, la rubrique "DIVERS" correspond à des diagnostics bien précis mais rares et qui sont ainsi groupés dans un paragraphe commun : les deux cas indiqués ici correspondent l'un à une néphrectomie, l'autre à un polype de la vessie.

GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

	SERIE A.		SERIE B.		FEMMES	
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	+ de 65	- de 65
Grossesse					0	2
Menopause					0	I
Gynécologie diverse					0	2
Hystèrectomie					0	9
TOTAL	15	3	5,5	14	0	14

Le faible pourcentage de gynécologie et d'obstétrique est probablement dû à l'habitude des parisiennes de se présenter directement à une consultation spécialisée.

Il est particulier en effet que les hystérectomies anciennes totalisent plus du double des autres cas.

Ces interventions ont été relevées systématiquement dans les antécédents des malades qu'elles en ressentent des troubles ou non.

PHUMATOLOGIE

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Coxarthrose					I	0	0	2
Gonarthrose					I	0	0	I
Lumbago					I	2	4	5
Cervicarthrose					0	2	2	0
Sciatique					0	0	I	0
Rhumatisme inflammatoire					0	0	I	I
Maladie de Dupuytren					0	I	0	0
TOTAL	41	8	9	25	3	5	8	9

Les résultats sont ici, à peu prés identiques : 8 % d'une part et 9 % d'autre part. Sur un total de 25 rhumatisants,11 ont plus de 65 ans et représentent donc 44 % de cette clientèle.

L'autre tranche d'âge est un peu hypertrophiée par le nombre des lumbagos. Il faut dire que si, dans ce dernier diagnostic, il est prudent de faire pratiquer une radiographie pour s'assurer qu'une maladie grave du rachis n'est pas la cause du lumbago, il est certain cependant, que la lombalgie aigüe est suffisamment typique cliniquement pour que le diagnostic soit évident sans la radiographie, qui est d'ailleurs incapable de le confirmer.

Au contraire, les autres arthroses nécessitent un diagnostic radiologique afin de permettre au non spécialiste d'affirmer leur existence.

Il convient donc de penser que ces pourcentages sont inférieurs au nombre véritable des patients qui consultent pour une atteinte rhumatismale.

PSYCHIATRIE

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Neurotonie					0	4	I	6
Psychiatrie définie					2	4	0	2
Syndrome dépressif					0	0	2	2
Spasmophilie et Tétanie					0	0	0	I
Ethylisme					0	4	0	I
TOTAL	22	4,4	10	29	2	12	3	12

Les deux séries sont de nouveau en discordance : le pourcentage de la série B est plus de deux fois supérieur à celui de la série A : 10 % pour 4,4 %.

L'explication en est simple : l'interne de la consultation est pendant le deuxième semestre de l'année 1964, un psychiatre qui finit son internat. Là, se pose semble-t-il de façon très nette, le problème des rapports d'un omnipraticien et de ses consultants. En effet, il est très probable que la proportion de malades est en fait identique dans les deux séries et, ce qui diffère n'est que le nombre de cas sur lesquels une étiquette a pu être placée. Dans la première série, pour avoir un diagnostic précis, il fallait que l'externe qui voyait le malade sache à qui l'envoyer, écrive une lettre, et que le malade prenne le temps d'aller voir le correspondant. C'est assez dire que cet externe envoyait seulement les malades pour lesquels un psychiatre était sûrement utile.

Au contraire, dans la deuxième série, le psychiatre était là, sur place, et au moindre doute, il était pratique et aisé de lui présenter le jour même, le malade.

Cette présence du psychiatre limite peut-être dans certains cas la liberté du malade qui est venu voir un médecin et qui n'apprécie nullement de se trouver en face de ce spécialiste bien particulier. La formation de ce dernier lui permet pourtant de poser des diagnostics que l'omnipraticien ne fait qu'entrevoir.

Il est certain que les chiffres semblent nous donner raison : car pour prendre l'exemple de la rubrique "Psychiatrie définie" qui correspond à desdiagnostics du type, délire obsessionnel, ou psychose définie ou névrose bien précise, le taux est passé de 0,8 % à 2,8 % de l'ensemble des malades, mais surtout est passé de 18 % à 28 % des cas de psychiatrie. Or, il est plus aisé pour l'omnipraticien de découvrir un syndrome dépressif qu'une schizophrénie.

Dans ce tableau, nous trouvons onze cas de neurotonie. Par ce terme, on a classé des malades pour lesquels les éléments mis dans le dossier font sentir la nécessité d'une consultation psychiatrique sans qu'il soit possible de préciser un diagnostic.

Sur ce total, nous comptons sept femmes parmi lesquelles une seule a plus de 65 ans.

En résumé, 10 % de cette clientèle de médecine générale est du ressort de la PSYCHIATRIE ; la proportion de gens jeunes est très importante puisqu'elle atteint 83 %. La répartition par sexe est équilibrée avec 25 femmes pour 24 hommes.

DIABETE ET OBESITE

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
DIABETE	23	4,5	10	28	4	9	9	6
OBESITE	49	9,5	19	54	4	14	18	18

Nous constatons donc les résultats suivants : 4,5 % de diabétiques dans la série A, et 10 % dans la série B. Ces proportions sont suffisamment faibles pour que nous ne soyons pas taxés de faire ce diagnostic trop facilement. Il s'agit en effet de sujets dont la régulation glycémique est effectivement perturbée. Ceux dont l'atteinte est la moins grave ont une courbe d'hyperglycémie provoquée nettement pathologique, tant pour la flèche que pour le temps de retour à la normale.

La répartition dans les deux sexes est à peu près équilibrée avec 15 femmes et 13 hommes ; il en est de même pour les âges, puisque nous obtenons 13 diabétiques de plus de 65 ans et 15 de moins de 65 ans.

Nous avons enfin constaté que 4 de ces diabétiques étaient aussi des obèses.

Nous avons déjà annoncé le chiffre des obèses trouvés dans la série B : il s'élève à 19 % de la clientèle. Il reste à préciser les critères qui ont permis de les dénombrer. Le dépistage a été systématique : tous les consultants ont en principe, été pesés.

Il n'a pas été question de faire le calcul pour chaque cas, mais de coder ceux dont l'obésité était évidente, c'est-à-dire ceux dont le poids dépasse d'au moins 20 % le poids idéal donné par la formule suivante-:

$T - 100 - \left(\frac{T - 150}{4} \right)$,où T est la taille en centimètres.

Pour donner un exemple concret, un sujet mesurant 1,70 m est considéré comme obèse lorsque son poids est supérieur à 80 kilos.

La différence de proportions entre les deux séries s'explique ainsi. La série A se place dans le temps,tout à fait au début du séjour de Monsieur Péquignot à Broussais et, l'habitude n'étant pas prise, beaucoup moins de malades ont été pesés pendant cette période qu'aux mois de Juin et Juillet.

DERMATOLOGIE - ALLERGIE

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Syndrome dermatologique défini					0	0	0	I
Syndrome dermatologique divers					0	0	0	I
Dermatologie et Allergie					0	I	0	I
TOTAL	18	3,5	1,5	4	0	I	0	3

PARASITOSES

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Amibiase					0	0	0	I
Parasitose digestive					0	0	0	I
Autres parasitoses définies					0	0	0	I
TOTAL			I	3	0	0	0	3

Les faibles résultats retrouvés dans ces deux séries sont ininterprétables.

Il convient cependant de rappeler qu'il est très difficile de faire pratiquer des examens systématiques dans une consultation. C'est dire que des examens de selles n'ont été demandés que dans les cas où il y avait des signes d'appel. Même chez les Africains noirs, très fréquemment parasités pourtant, nous n'avons pas fait de recherche systématique.

THERAPEUTIQUE

	SERIE A.		SERIE B.					
	TOTAL	% sur 516	% sur 282	TOTAL	HOMMES		FEMMES	
					+ de 65	- de 65	+ de 65	- de 65
Anticoagulants	7	1,4	4,5	13	4	4	2	3

Nous rappellerons que sur ces 20 personnes traitées par les anticoagulants, aucun accident n'a été relevé, et qu'il en a été de même pour les autres malades suivis pendant toute l'année 1964. Le taux de prothrombine étant maintenu autour de 30 %.

Comme pour la cardiologie, l'augmentation du pourcentage entre Janvier et Juin est dû à la présence d'un cardiologue, sur place.

INTERVENTIONS

Les appendicectomies trop nombreuses et d'un faible intérêt a posteriori n'ont pas été relevées.

Par contre, entre les deux séries, ont été rassemblées :

13 Gastrectomies

12 Cholécystectomies

17 Hystérectomies

Il est certain qu'un travail est à faire par les médecins sur les suites opératoires à long terme de ces ablations d'organe. En effet, pas un seul de ces consultants n'est porteur d'un trouble consécutif à ces interventions.

Il semble au contraire que les chirurgiens revoient beaucoup plus les gens mécontents que las gens satisfaits des suites opératoires.

A la fin de cet inventaire, on peut se demander quelle est la médecine que pratique une telle consultation hospitalière.

Neuf personnes sur 282 se sont présentées pour une visite systématique, soit un peu plus de 3 % de cette série. La grande majorité des consultants est donc faite de malades.

Si on compte comme pathologie aiguë, les tuberculoses et les cancers "actuels", les maladies infectieuses, les pneumopathies, les crises d'asthme, les diarrhées, les poussées hémorroidaires, les infections urinaires, les crises de colique néphrétique et en rhumathologie, les manifestations aiguës des sciatiques ou des lumbagos et les rhumatismes inflammatoires, on arrive pour la série B à un total de 44 personnes, soit un peu moins de 16 % de notre population, c'est bien dire que cette consultation est occupée à 80 % par une pathologie chronique.

Les résultats du tableau nous montrent aussi que les correspondants les plus indispensables à une telle consultation sont : un cardiologue, un gastro-entérologue, un rhumatologue, un gynécologue et un spécialiste de la nutrition puisque 75 % des malades dépendent de ces spécialités.

Par contre, le psychiatre semble devoir faire partie du personnel de la consultation. Sa présence n'est probablement pas nécessaire à temps complet, mais est très précieuse deux ou trois matinées par semaine. De la sorte, l'omnipraticien a beaucoup moins de difficultés pour obtenir de son malade le premier contact avec ce spécialiste, qui reste redoutable pour un si grand nombre.

Les examens complèmentaires nécessitent que la consultation soit en rapport avec d'une part, un bon laboratoire, d'autre part, un centre radiologique moderne.

En effet, il est fréquent qu'un médecin de ville envoie des malades qui sont possesseurs d'une série d'examens. Tant le laboratoire que le centre de radiologie auront à donner des résultats qui risquent de s'opposer aux examens faits en ville et dont la valeur ne doit donc pas prêter à discussion. De plus, il sera souvent nécessaire de pratiquer des investi-

gations plus complètes et donc d'avoir des centres équipés des appareils les plus perfectionnés.

Quant à l'équipement de la consultation elle-même, il doit permettre de pratiquer le dépistage systématique du sucre et de l'albumine urinaires. Même si statistiquement, cet examen est négatif chez 90 % des malades, le renseignement est important par sa négativité même, dans la mesure toutefois où le médecin qui l'utilise en connait les limites sur le plan physiologique et sur le plan technique.

Pesée et mensuration sont deux gestes simples qui non seulement permettent d'estimer une obésité mais aussi apportent des éléments évolutifs. Nombreux sont les malades qui ont l'impression d'avoir maigri au cours d'une affection, alors qu'il n'en est rien ; au contraire, on voudrait souvent pouvoir vérifier que la courbe pondérale est stationnaire, et faute d'avoir un poids antérieur, on ne peut utiliser ce facteur dans une conclusion diagnostique.

Il est enfin deux appareils dont on ne peut se passer : le premier est un poste de radiologie dont les avantages ne se discutent pas, qu'il s'agisse de pneumologie ou de cardiologie ; le second est un électro-cardiographe.

L'interprétation des tracés est par contre difficile. Cependant tous les médecins ne devraient-ils pas avoir reçu l'enseignement nécessaire pour pouvoir utiliser de façon habituelle, ces enregistrements ?

CONCLUSION

Pour essayer de nous résumer, nous avons donc un total de près de huit cents consultants, groupés en deux séries relevées à six mois d'intervalle.

1) Sur le plan de l'âge et du sexe, nous avons dénombré 55 % de femmes et 45 % d'hommes adultes, et 70 % environ de sujets de moins de 65 ans pour 30 % de sujets de plus de 65 ans.

2) Dans cette population, 90 % des sujets sont des métropolitains. Sur le plan financier, 15 % de cette clientèle bénéficient de l'Assistance Médicale Gratuite, et 12 % font partie du personnel de l'Assistance Publique. Tous les autres consultants, à de très rares exceptions près, sont couverts par les Assurances Sociales.

3) Les groupes de diagnostic sont représentés par les pourcentages suivants :

- Système cardiovasculaire : de 25 % à 35 %
- Système digestif : de 15 % à 20 %
- Rhumatologie : 10 %
- Psychiatrie : 10 %
- Diabète : 10 %
- Gynécologie : 5 %
- Obésité : de 10 % à 20 %

4) A ces consultants, il faut ajouter 3 % de la clientèle venus pour des visites systématiques.

Que le total dépasse les 100 % n'est pas surprenant puisque nous avons trouvé dans la série B : 45 % de dossiers à un seul diagnostic, mais 28 % des dossiers ont un double codage et 10 % des dossiers en ont reçu un triple. Il existe quelques dossiers ayant reçu 4 et même 5 codages.

5) Il nous a paru intéressant de noter aussi que, sur 282 personnes, 11 venaient depuis plus de dix ans consulter à Broussais, malgré le changement du Chef de Service tous les deux ans ou trois ans et le changement des internes et des externes tous les six mois.

Cette fidélité au lieu est frappante et serait à comparer, en prenant des chiffres plus significatifs, à celle d'une clientèle privée.

Il nous faut nous interroger, pour conclure, sur l'utilité de cette thèse.

Sur le plan statistique, les résultats obtenus ont probablement une valeur en tant qu'ordre de grandeur, mais leur précision est trop faible pour qu'il soit possible de les utiliser valablement.

Par contre, en réalisant ce travail, nous avons pu mettre au point la liste de la plupart des renseignements qu'il est possible de tirer de nos dossiers, et, de la sorte, entreprendre la dépouillement des quatre mille observations prises dans l'année 1964.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur PEQUIGNOT

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. CORDIER

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90